

MÉMOIRE EN MARCHÉ

Bulletin du comité d'histoire de la Sécurité Sociale de Bourgogne Franche-Comté



LA
GOUVERNANCE



Mémoire du travail
à la Sécurité Sociale
Bourgogne Franche-Comté

Sommaire

p 2

L'édito du président

Edouard ARREDI

p 3-7

Une brève histoire du Service national du Contrôle médical de l'Assurance maladie

Gérard ESCANO

p 8-9

Présentation de la nouvelle ARS Bourgogne Franche-Comté et liens avec l'Assurance Maladie

Olivier OBRECHT et Edouard ARREDI

p 10-14

La gouvernance à la Sécurité sociale (Assurance Maladie), évolution de 1947 à nos jours à la CPAM de Saône et Loire

Hervé AUCLAIR

p 15

La gouvernance, mais quelles(s) gouvernance(s) ?

Edouard ARREDI

p 16

Chercheur à la Sécu

Denis VUILLEMIN

p 17-18

Assemblée générale 2016

Edouard ARREDI

L'édito du président

Le processus de prise de décision est un enjeu vital dans toute entreprise. Dans le secteur public, il l'est tout autant, et singulièrement dans le domaine de la protection sociale. En effet, la gestion d'un budget annuel de 380 milliards d'euros (1) ne peut laisser indifférents les différents acteurs du système, au premier rang desquels l'Etat.

De fait, la détermination du décideur ne porte pas uniquement sur les flux financiers, même si le sujet est évidemment central. Elle vaut également pour l'administration et la gestion des organismes, tant nationaux que locaux, ainsi que pour le niveau médical.

En écrivant ces lignes, je me remémore les propos d'un inspecteur principal des finances lors d'une rencontre à l'occasion d'un contrôle de l'organisme dans lequel j'exerçais à l'époque. A titre personnel il s'interrogeait sur la pertinence du mode de désignation des agents de direction des caisses par le conseil d'administration de celles-ci. Arguant du fait qu'ils gèrent un service public, il estimait qu'il était naturel que les directeurs et agents comptables soient directement nommés par l'Administration centrale, les Caisses Nationales en l'occurrence. Selon lui, ce procédé était de nature à éviter de rendre les dirigeants dépendants de ceux qui les avaient nommés. Il prenait alors comme exemple son cas personnel de fonctionnaire des Finances, nommé par Bercy.

A l'opposé, bon nombre de mes collègues directeurs arguait, à la même époque, de l'intérêt d'être nommé par le conseil de son organisme, celui-ci constituant un allié objectif lors des négociations, notamment budgétaires, avec la caisse nationale.

De nos jours, la situation a bien changé, et la procédure de désignation des directeurs et agents comptables s'est notablement rapprochée de celle de « mon » inspecteur des finances.

Nous avons en 2015 marqué le 70ème anniversaire de la Sécurité sociale et la question « *qui décide quoi* » reste amplement d'actualité.

Ce nouveau numéro de *Mémoire en marche* a décidé de traiter le sujet au plan historique et sous plusieurs angles.

Ce sont ainsi les questions de santé qui sont abordées avec 2 articles, *Une brève histoire du Service national du Contrôle médical de l'Assurance maladie*, par **Gérard ESCANO**, ancien Directeur Régional du Service Médical de Bourgogne Franche-Comté, et *Présentation de la nouvelle ARS Bourgogne Franche-Comté et liens avec l'Assurance maladie*, par **Olivier**

OBRECHT, Directeur Général Délégué de l'ARS BFC.

Pour le plan local, **Hervé AUCLAIR**, ancien cadre d'organismes de l'Assurance Maladie, présente *La gouvernance à la Sécurité Sociale, Evolution de 1947 à nos jours à la CPAM de Saône et Loire*.

De son côté, l'auteur de cet éditto aborde les problématiques qui se posaient en matière de gouvernance de 1945 à 1967 dans l'article *La gouvernance, quelle(s) gouvernance(s) ?*, et les solutions qui y ont été apportées.

Enfin, le lecteur trouvera également dans ce numéro un témoignage de **Denis VUILLEMIN**, ancien cadre de l'URSSAF de Besançon, ainsi qu'un compte rendu de l'Assemblée Générale de notre comité régional qui s'est tenue le 25 mai 2015.

Edouard ARREDI
Président

(1) Dossier de presse PLFSS 2017 du 23-09-2016, page 8.

Une brève histoire du Service national du Contrôle médical de l'Assurance maladie

1-GÉNÉRALITÉS

Le budget annuel total de l'Assurance maladie est de l'ordre de 190 Mds d'euros. Comment ne pas imaginer que l'évocation d'une masse financière pareille ne soulève pas l'hypothèse d'une utilisation inappropriée, fautive voire frauduleuse de la part des bénéficiaires ou des prestataires de services concernés ?

Un contrôle technique est donc indispensable afin de vérifier que les prestations payées par la collectivité sont médicalement justifiées. Ceci explique la création et l'intervention, au service de l'Assurance maladie, d'un corps de médecins, mais aussi pharmaciens et chirurgiens-dentistes, initialement qualifiés de « contrôleurs ».

Progressivement l'élargissement du champ d'activité de ces praticiens-contrôleurs les transforma peu à peu en praticiens-conseils. En effet, il est vite devenu nécessaire d'élargir l'avis de ces observateurs privilégiés, au conseil des caisses, auprès desquelles ils sont placés, mais aussi au conseil des assurés, des professionnels de santé et des employeurs, tant l'intrication des règles administratives et des connaissances de la technique médicale est complexe.

Mais, toute fonction de contrôle ou de conseil ne peut trouver sa pleine efficacité et sa pleine légitimité, que si ceux qui l'exercent sont, d'une part des techniciens avertis, d'autre part techniquement indépendants des parties en cause. C'est à ce prix que les praticiens-conseils des caisses peuvent être considérés comme les experts médicaux de l'Assurance maladie.

Depuis l'ordonnance de 1945 portant création de la Sécurité sociale, la situation des services médicaux des Caisses dans le régime général a évolué dans le sens d'une indépendance garantissant l'impartialité des avis exprimés. Sans entrer dans des détails superflus, on peut rappeler que dans l'organisation de 1945, les praticiens-conseils dépendaient

des Conseils d'Administration des Caisses. Les ordonnances de 1967 ont établi l'indépendance du Contrôle médical, en lui donnant le statut de service national, et en le plaçant sous l'autorité directe du Directeur de la Caisse nationale de l'Assurance maladie, assisté en ce domaine très particulier par un Médecin-conseil national. Cette situation privilégiée permet aux praticiens-conseils de donner leurs avis en toute sérénité.

2-HISTORIQUE

On peut distinguer plusieurs périodes dans l'histoire du contrôle médical :

- Avant 1945,
- de 1945 à 1967,
- de 1967 à 1994,
- de 1994 à 2010,
- et depuis 2010.

1-Avant 1945

Il n'y a pas de base réglementaire, pas de statut et donc pas de doctrine du service médical.

Ce service dépendait directement des dirigeants des Caisses d'assurance sociale. Il faut signaler que certaines Caisses formaient une union, avec un service médical commun.

On notera, en 1937, la création de l'Association des médecins-conseils et contrôleurs, le médecin-contrôleur devenant le conseiller de la Caisse. C'est également à cette période qu'est créé l'Institut National de l'Action Sanitaire et Sociale.

2-L'ordonnance d'octobre 1945

Définit l'organisation de la Sécurité Sociale. En vertu de son article 10, paragraphe 5, la Caisse Régionale de Sécurité Sociale organise et dirige le service médical de la région et nomme un médecin-conseil régional. Ainsi, le service médical était sous la dépendance de la Caisse régionale et l'activité des services médicaux pouvait varier énormément d'une région à l'autre. Le décret du 12 mai 1960 renforce

l'autorité du médecin-conseil régional et esquisse une séparation entre le Service du Contrôle Médical et les organismes de gestion.

3-L'ordonnance n°67-706 du 21 août 1967

Stipule dans son article 2 que la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) organise et dirige le contrôle médical. Celui-ci est constitué en service national et confié à des médecins-conseils, pharmaciens-conseils et chirurgiens-dentistes-conseils.

Les règles de fonctionnement du contrôle médical sont établies par la CNAMTS, après avis du Haut Comité Médical (HCM).

La CNAMTS oriente l'action du service dans ses grandes lignes et définit ses missions. Elle adopte le budget du contrôle médical et apprécie ses résultats à travers les rapports d'activité annuels élaborés par les médecins-conseils régionaux (MCR).

La direction de ce service du contrôle médical (SCM) est assurée par le directeur de la CNAMTS, assisté d'un MC National (MCN) et de deux MCN Adjointes (MCNA), nommés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale après avis du HCM.

Le MCN est le conseiller technique du conseil d'administration de la CNAMTS et l'assistant du directeur pour la direction du SCM.

Le Service national du contrôle médical est une structure hiérarchisée pyramidale à trois niveaux :

Le niveau national de conception et de direction (ENSM).

Le niveau régional, qui compte 17 régions, de transmission et d'harmonisation en région.

Il est dirigé par un MCR, assisté d'un MCRAjouté, chargés de la gestion des services médicaux fonctionnant auprès des Caisses de la région. C'est à ce niveau que se fait la gestion du personnel : Recrutement, embauche, versement des salaires, budget régional, vérification de la bonne marche de chaque échelon local.

Outre ce rôle de gestionnaire, l'échelon régional du service médical (ERSM) est chargé du rôle de conseil médical en matière d'action sanitaire et sociale et de prévention.

Son avis est sollicité pour les différentes commissions d'hospitalisation et pour la conclusion de conventions avec les établissements d'hospitalisation. Il lui échoit de vérifier le respect par les établissements de soins de la législation en vigueur et de

l'évaluation de leur fonctionnement.

Le niveau local, auprès de chacune des 133 Caisses Primaires (CPAM) du territoire métropolitain ou des Caisses Générales (CGSS) dans les départements d'outre-mer.

Le médecin-conseil chef de cet échelon local (ELSM), est responsable de son service, en rapport étroit avec les praticiens de son échelon. Lui appartient la résolution des problèmes locaux, l'organisation du travail, la liaison avec l'échelon régional (ERSM), avec la direction de la CPAM, avec les professionnels de santé de sa circonscription, que ce soit au cours de contacts individuels ou au sein des commissions auxquelles il participe.

C'est à cette période que se précisent **les différentes missions du service médical** et de ses praticiens-conseils :

1-Une mission de contrôle se décomposant en deux catégories :

1-1 Les contrôles obligatoires à l'octroi de certaines prestations :

- Affections de longue durée (ALD) entraînant l'exonération du ticket modérateur (ETM),
- Les arrêts de travail dans le cadre des ALD,
- Le contrôle de l'invalidité (admission, révisions, tierce personne) et de l'inaptitude,
- L'attribution du grand appareillage,
- La rééducation professionnelle,
- La prise en charge dans certains établissements de soins,
- Les accidents du travail (consolidation, guérison, attribution et révision de rentes, prévention),
- Les maladies professionnelles...

1-2 Les contrôles sélectifs ont pour objectif la connaissance des comportements, des situations, des structures, qu'il s'agisse de professionnels de santé, d'assurés ou d'ayants droit et ce, dans chaque secteur du système de soins, ambulatoire et hospitalier. Cette connaissance vise à :

- Parvenir à faire évoluer les comportements et les pratiques,
- Attirer l'attention sur les problèmes rencontrés dans les situations examinées et les structures analysées,
- Mener des études épidémiologiques à partir des données recueillies

2-Une mission de conseil de la Caisse :

Tous ces avis médicaux portant sur des situations individuelles s'imposent aux Caisses en matière d'attribution de prestations.

De plus le SCM apporte des avis irremplaçables aux conseils d'administration des Caisses nationale,

régionales ou primaires et, pour ces dernières, aux différentes commissions auxquelles il participe :

- Commission de recours amiable,
- Commission sociale,
- Commission d'invalidité et d'incapacité permanente,
- Ainsi que dans les instances de concertation du cadre conventionnel.

3- Une mission de conseil des assurés :

Par son rôle dans la prévention de l'invalidité, par son action tout au long de l'historique d'un accident du travail, par les renseignements et les explications qu'il peut leur fournir, et plus indirectement, par ses liaisons avec les assistantes sociales pour les cas justifiant un reclassement, une rééducation professionnelle ou un placement particulier, et pour éviter aux malades l'enlisement dans l'inaction prolongée.

4- Une mission de conseil de ses confrères :

- A l'occasion de l'examen spécial conjoint (PIRES)
- Pour signaler au praticien traitant les avantages dont peut bénéficier son patient
- Pour débrouiller une situation médico-sociale difficile ou aider à comprendre le dédale d'une législation et d'une réglementation complexes,
- Enfin par sa présence active dans les instances professionnelles paritaires créées par les conventions nationales.

5- Une mission de contrôle des malades hospitalisés :

5-1 Etablissements en dotation globale :

- Contrôle individuel des malades hospitalisés : Comme dans le domaine ambulatoire, il s'agit alors de vérifier le respect de la réglementation pour l'attribution de certaines prestations,
- L'analyse médicale de l'activité des établissements, en étroite concertation avec les médecins hospitaliers :

Justification médicale de l'hospitalisation,
Adéquation au service hospitalier,
Justification de la durée du séjour,
Recherche d'une meilleure orientation ou mise en évidence d'engorgement de filières et propositions d'aménagement des structures à travers la participation à la commission de l'article 35.

5-2 Etablissements non soumis à la dotation globale, privés ou médico-sociaux : Vérification du respect des réglementations conventionnelles et de la législation concernant le fonctionnement et les conditions de prise en charge des patients par ces structures.

6- Une fonction d'importance croissante en statistique, en épidémiologie et en économie.

6-1 1994 – Les ordonnances Juppé :

Ces ordonnances firent évoluer le paysage de la protection sociale en tentant de décloisonner les secteurs ambulatoire et hospitalier et en cherchant à développer le concept de réseaux de soins entre ces deux secteurs.

Concernant le secteur ambulatoire, ces ordonnances ont créé une nouvelle structure au sein de l'Assurance maladie : les URCAM (union régionale des caisses d'assurance maladie).

Ces URCAM regroupaient des représentants des CPAM, des CRAM, et du SCM.

Leur objet était de développer le concept encore récent de la gestion du risque dont la finalité était d'analyser le système de soins en vue de repérer les dysfonctionnements de tous types, organisationnels, abus, fautes ou fraudes, susceptibles d'aboutir à une perte d'efficacité de la gestion de ce système.

Le Service du contrôle médical y tenait naturellement une place tout à fait essentielle par sa capacité à analyser ces dysfonctionnements dans l'ensemble des champs de ce secteur ambulatoire :

- Contrôle des indemnités journalières (IJ),
- Contrôle du champ de la pharmacie (prescriptions, délivrance, utilisation des génériques,...),
- Contrôle de la biologie (prescriptions, facturation,...)
- Contrôle de la kinésithérapie et des soins infirmiers (opportunité, facturation,...)
- Contrôle des modes de transports et de l'adéquation de celui-ci à l'état de santé des patients.

Pour mener à bien toutes ces enquêtes, il fallait avoir acquis des compétences en termes de méthodologie des enquêtes, d'épidémiologie et d'analyse des bases de données et des résultats de ces enquêtes.

Nous avons vu que depuis plusieurs années déjà, le SCM, outre ses compétences techniques spécifiques, avait étendu son champ de compétence dans ces domaines, sous l'impulsion, notamment de deux médecins conseils nationaux universitaires et issus du monde de la santé publique, les Professeurs Claude Béraud et Hubert Allemand.

Naturellement, ces travaux étaient menés dans la plus étroite concertation avec les services de gestion des risques des Caisses, également rompus à l'exploitation des données issues des chaînes de liquidation de l'Assurance maladie.

Concernant le secteur hospitalier, les ordonnances Juppé créèrent une nouvelle entité : les ARH (agences régionales de l'hospitalisation). Le directeur de l'ARH est une sorte de préfet sanitaire ayant autorité fonctionnelle et hiérarchique sur l'ensemble

des acteurs du secteur hospitalier.

Ces ARH avaient vocation à organiser le système de soins hospitalier à travers les schémas régionaux de l'organisation sanitaire (SROS), véritables plans quinquennaux définissant la cible organisationnelle vers laquelle le système de soins régional devait tendre. Pour atteindre ces objectifs, l'ARH réunissait mensuellement le comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS) auquel concouraient les services de l'Etat (DRASS, DDASS) et de l'Assurance maladie (MCR, directeur d'URCAM et directeur de CRAM).

Pour satisfaire aux attentes de ces nouvelles instances les praticiens-conseils durent apprendre à maîtriser de nouveaux outils, tels que le nouvel outil de facturation des structures hospitalières, la T2A (tarification à l'activité) et les contrats d'objectifs et de moyens (COM), élaborés et conclus entre l'ARH et les établissements.

Enfin, entre les secteurs ambulatoire et hospitalier, le plan Juppé avait développé le **concept de réseau de soins** dont l'objectif était une prise en charge plus globale du patient au travers du labyrinthe particulièrement complexe qu'était devenu le système de soins.

La finalité de ces réseaux était de favoriser la complémentarité et la coordination de différents acteurs : Médecins généralistes, spécialistes de ville, hospitaliers et paramédicaux susceptibles d'intervenir auprès d'un patient donné.

C'est ainsi que l'on vit apparaître des réseaux de soins orientés vers la prise en charge de certaines pathologies (diabète, asthme, oncologie, insuffisance cardiaque ou santé mentale).

D'autres réseaux avaient une vocation géographique (Prise en charge des grossesses et du petit enfant dans une aire géographique donnée).

Le financement de ces nouvelles « structures » étaient assurés par de nouveaux fonds gérés conjointement par l'Assurance maladie et l'ARH.

Tout le problème résidait dans l'évaluation du service rendu par le réseau, afin de tenter d'apprécier le coût final de ce service et de déterminer en CROSS l'opportunité ou au contraire l'inopportunité de répondre aux demandes de financement.

Ce type de travail nouveau pour l'Assurance maladie, supposait encore l'acquisition de compétences nouvelles, dans le champ de l'évaluation cette fois.

Une fois encore le SCM sut prendre ce virage et des praticiens-conseils motivés surent se rendre incontournables pour remplir ces nouvelles tâches.

6-2 2010 - L'avènement des ARS (agences régionales de santé):

Fin 2009, une nouvelle loi, dite de santé publique, voit le jour : la loi HPST (Hôpital, patient, santé et territoire).

Son ambition cette fois, après la tentative partiellement réussie de décloisonnement des secteurs ambulatoire et hospitalier, est de procéder au rapprochement des services de l'Etat et de l'Assurance maladie.

L'idée est certes ambitieuse et généreuse, devant aboutir à une réduction des coûts de ces structures et surtout à une potentialisation des compétences des acteurs de ces deux entités par effet de synergie et mise en commun de personnels et de moyens.

C'est ainsi que, au grand dam des acteurs de l'Etat, on vit disparaître DRASS et DDASS qui furent fusionnées avec les services compétents de l'Assurance maladie dans les domaines hospitalier, médico-social et plus généralement de santé publique (prévention et promotion de la santé).

Exit donc les URCAM, les départements hospitaliers sanitaires et médico-sociaux des CRAM, ainsi que deux des grands et nouveaux pôles de compétence du service médical : le pôle hospitalier et le pôle santé publique.

L'ensemble de ces acteurs, parmi les plus compétents et les plus motivés de l'AM fut donc intégré à cette nouvelle et importante structure que l'on nommait ARS.

Si, sur le papier l'idée de cette fusion de ces services d'origines et de compétences diverses et, a priori, complémentaires, était très intéressante, voire prometteuse, le résultat, au moins à court terme, c'est-à-dire à ce jour, n'apparaît pas à la hauteur des enjeux.

En effet, au sein de l'ARS, la cohabitation de ces acteurs n'est pas satisfaisante aux yeux des personnels concernés (statuts différents, grilles de salaires différentes, modes de travail et relations hiérarchiques difficiles...)

Le résultat mesuré à l'aune des équilibres financiers des établissements, de la qualité des relations sociales au sein des établissements n'apparaît pas meilleur qu'avant.

Les filières de soins n'apparaissent guère plus fluides et plus efficaces qu'avant les ARS.

De plus, la mise en œuvre des ARS, s'est traduite de façon très négative pour le SCM. En effet, le départ vers l'ARS de deux de ses cinq pôles d'expertise fut vécu comme une véritable amputation et s'est traduite par la disparition de 10 à 15% de ses effectifs, parmi les meilleurs, pour un horizon que nous avons vu incertain.

Le service qui avait su développer des compétences nouvelles, intéressantes et porteuses d'avenir, s'est vu ramené brutalement à ses missions originelles : Contrôles de prestations, relations avec les assurés et les professionnels de santé et contrôles à visée contentieuse.

Certes, les praticiens-conseils ont su une nouvelle fois se professionnaliser dans cette nouvelle voie que constitue le contentieux dans le domaine de la santé. Il suffit d'observer les chiffres des sommes récupérées par cette voie (qu'il s'agisse de contentieux ambulatoires ou hospitalier par le canal de la T2A), ainsi que le nombre des condamnations obtenues aussi bien dans le champ du pénal que du conventionnel pour mesurer ce degré de professionnalisation.

Mais, si cette voie du contrôle et du contentieux a certes toute sa place dans la panoplie des missions des praticiens-conseils, il faut bien reconnaître que les dernières évolutions de ces missions apparaît très régressive et contribue à la perte d'attractivité du Service du contrôle médical.

Au total,

Nous pourrions dire qu'après une phase d'expansion entre les années 1967 et 2009, durant laquelle les missions du service médical se sont enrichies aussi bien en termes de variété que d'intérêt intellectuel, le service connaît aujourd'hui une phase de repli. Les causes en sont multiples, nous l'avons vu. Le résultat est particulièrement criant si l'on observe les courbes démographiques de ce service (réduction de près de 30% de ses effectifs : plus de 2500 en 1990 et moins de 1900 aujourd'hui), et les difficultés de recrutement.

Cette perte d'attractivité est encore accentuée par la qualité peu satisfaisante de la gestion des ressources humaines mise en œuvre au niveau national, voire régional, depuis quelques années et qui aboutit au départ anticipé, par démission, de nombreux éléments de valeur du service, parfois dans des niveaux hiérarchiques et techniques élevés.

Rien n'étant jamais définitif et le pire n'étant jamais certain, il reste permis d'espérer qu'une meilleure utilisation des compétences peut encore survenir, si les décideurs ministériels le voulaient, en remplaçant les praticiens-conseils dans un rôle plus proche de la santé publique, pour laquelle ils ont été formés, que de celui de la police sanitaire et sous réserve de la révision de la politique de GRH qui anime actuellement la CNAMTS par un retour au respect des individus et à des parcours professionnels plus simples et clairs.

Ces constats peuvent amener à se poser la question de la volonté de l'Etat quant au devenir de l'Assurance maladie et de son service du contrôle médical. Une intégration totale ou une mise sous tutelle de ses services n'est pas inenvisageable. Le SCM indépendant aurait alors vécu.

Gérard Escano



Siège de la Direction Régionale du Service Médical Bourgogne Franche-Comté, Dijon

Présentation de la nouvelle ARS Bourgogne Franche-Comté et liens avec l'Assurance Maladie

A L'OCCASION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE 2016 DU COMITÉ RÉGIONAL D'HISTOIRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, M. OLIVIER OBRECHT, DIRECTEUR GÉNÉRAL DÉLÉGUÉ DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ, EFFECTUA UNE INTERVENTION POUR PRÉSENTER LA NOUVELLE ARS ISSUE DE LA FUSION DES 2 RÉGIONS ET SES LIENS AVEC L'ASSURANCE MALADIE.⁽¹⁾

CRÉATION DES ARS

Créées par la loi Hôpital, Patients, Santé (HPST) de 2009, les ARS ont été installées officiellement le 1er avril 2010. Placées sous la tutelle de Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, elles sont chargées du pilotage du système de santé en région.

Les ARS ont 5 domaines de compétences : la promotion de la santé et de la prévention, la veille et la sécurité sanitaire, l'organisation des soins hospitaliers et ambulatoires, le contrôle des pratiques et des modes d'organisation, l'accompagnement médico-social.

L'organisation de chaque ARS s'appuie sur un projet régional de santé élaboré en concertation avec l'ensemble des professionnels et des usagers.

LA NOUVELLE ARS BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ

Elle est issue de la loi NOTRe-régions du 7 août 2015, et opérationnelle depuis le 1er janvier 2016. Aujourd'hui, il y a 17 ARS, dont 13 en France métropolitaine.

L'ARS BFC en quelques chiffres : 2.81 millions d'habitants en région, 10.2 % des habitants âgés de 75 ans et plus, 8.2 milliards € en dépenses de santé, 164 établissements sanitaires, 88 maisons de santé, 1110 structures et services médico-sociaux. L'ARS est présente sur 8 sites, dont son siège de Dijon, et dispose d'un fonds d'intervention régional de 151 millions € en 2016.

ENJEUX

Les enjeux de la transformation du système de santé sont : relever les défis du vieillissement et de la progression des maladies chroniques, développer un partenariat étroit entre l'ARS et l'Assurance Maladie, avec les autres services de l'Etat, ainsi qu'avec les professionnels de santé, les collectivités territoriales et tous les acteurs de santé.

LE PROJET, LES MISSIONS ET LES ACTIVITÉS DE L'ARS

Le projet de l'ARS porte sur la prévention (agir sur tout ce qui a une influence sur la santé), l'organisation des soins (garantir l'égal accès aux soins), la démocratie en santé, la maîtrise des coûts (développer l'efficacité).

Dans ce cadre, l'ARS met en avant des projets prioritaires, dont le renforcement des soins de proximité, l'amélioration des parcours de santé, le plan ONDAM, les coopérations hospitalières, les personnes en situation de handicap, le développement de l'e-santé, les contrats territoriaux et locaux de santé et dynamique de la participation citoyenne.

Douze parcours de santé sont priorités : cancer, personnes âgées, santé mentale, nutrition, diabète, maladies cardiovasculaires, neurologie, addictions, maternité-parentalité, petite enfance et enfance, adolescents et jeunes adultes, précarité-vulnérabilité.

Afin d'élaborer des contrats locaux de santé, la démarche d'animation territoriale consiste à mettre en œuvre les politiques nationales (Pacte Territoire Santé ...) et régionales (Projet régional de santé, projets prioritaires) au sein d'un partenariat structuré avec l'ensemble des acteurs de santé, au plus près des territoires de proximité.

Les autres missions de l'ARS : l'allocation des ressources (fonds d'intervention régional) pour la permanence des soins, les actions de prévention notamment, et le secteur sanitaire (complément de ressources aux centres hospitaliers pour l'exercice de mission d'intérêt général, financement par dotation des hôpitaux spécialisés en santé mentale, financement par prix de journée des établissements privés de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie).

Concernant le secteur médico-social, l'ARS alloue une dotation soins aux EHPAD selon le degré de dépendance moyen des résidents, et une dotation globale aux établissements accueillant des personnes en situation de handicap.

En outre, c'est l'Agence Régionale qui délivre les autorisations d'activités aux structures sanitaires (médecine, chirurgie, obstétrique, imagerie médicale ...). En lien avec les préfetures, elle gère la réception et le traitement des alertes sanitaires (hospitalisations d'office, eau impropre à la consommation humaine, décès, accidents ...)

LES LIENS AVEC L'ASSURANCE MALADIE

La collaboration est ancienne, elle a commencé dès les débuts de l'ARS, initiés à l'époque des ARH et des URCAM. Elle a été renforcée depuis 2013 de par la volonté des acteurs locaux.

Ces liens s'appuient sur les instances règlementaires :

- Commission de coordination de la gestion du risque,
- Commission de contrôle T2A,

et locales :

- Rencontre bimestrielle directeur ARS – directeurs de l'Assurance Maladie (DRSM, GDR, MSA, RSI)
- Réunions mensuelles techniques (plan ONDAM) ou thématiques (zonages, règlement arbitral, professionnels de santé ...).

Enfin, on signalera les participations croisées :

- Organisées par l'Assurance Maladie (AM) dans les établissements : association de l'ARS aux réunions sur la maîtrise médicalisée hospitalière,
- Invitation de l'AM (3 régimes) à diverses instances tel le comité de suivi des CHU,
- Association de l'AM comme membre de plusieurs comités stratégiques « parcours » (personnes âgées, diabète ...).



(1) Texte rédigé par Edouard ARREDI à partir du diaporama présenté par Olivier OBRECHT, Directeur Général Délégué de l'ARS Bourgogne Franche-Comté à l'occasion de l'AG du Comité régional d'histoire le 25 mai 2016).

La Gouvernance à la Sécurité Sociale

(Assurance Maladie) Evolution de 1947 à nos jours à la CPAM de Saône et Loire

Le terme de « Gouvernance » n'est pas récent. Selon le « Petit Robert », le mot de gouvernance né au XIIIème siècle s'appliquait aux baillages de l'Artois et de la Flandre. Il nous revient par l'anglais « governance » au cours des années 1990 pour tenter de définir une notion assez complexe et encore pas mal abstraite dans les faits. Wikipédia définit la gouvernance, en ces quelques mots : « Elle n'est autre que la mise en œuvre d'un ensemble de dispositifs (règles, normes, protocoles, conventions, contrats...) pour assurer une meilleure coordination des parties prenantes d'une organisation, chacune détenant une parcelle de pouvoir, afin de prendre des décisions consensuelles et de lancer des actions concertées ».

Dans nos organismes, qui gouverne ? qui dirige ? qui désigne les dirigeants ? Je vais opter pour une approche chronologique et terminer par l'exemple concret de la Caisse Primaire de Sécurité Sociale (devenue Caisse Primaire d'Assurance Maladie) de Saône et Loire à Mâcon. En effet, avec l'aimable autorisation de Madame Clarisse Mitanne-Muller, Directrice de l'organisme, j'ai pu extraire des informations des procès-verbaux des réunions du Conseil d'Administration de 1947 à 2000. Un grand merci également à Madame Dominique Burgos secrétaire de direction, ainsi qu'à sa collègue Madame Sophie Chapuis, grâce auxquelles cette consultation s'est déroulée au mieux !

LES GRANDS PRINCIPES DU SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE DE 1945

L'Ordonnance du 4 octobre 1945 porte l'organisation de la Sécurité Sociale et pose le principe de l'unité de l'appareil administratif. Ce principe s'est heurté à des résistances, amenant la création de régimes particuliers et, au sein du régime général, d'organismes spécifiques pour le recouvrement des cotisations et pour la gestion des prestations par des caisses distinctes (maladie, vieillesse, prestations familiales).

Les caisses de base sont, pour la plupart, issues des Sociétés de Secours Mutuel et leur constitution notamment en Caisses Primaires de Sécurité Sociale sont gérées par des Conseils d'Administration dont les membres sont, d'abord désignés par le ministre sur proposition des organisations syndicales, avant d'être élus à la représentation proportionnelle pour cinq ans. Les premières élections ont eu lieu au printemps 1947 (mars, avril, mai).

La composition d'un Conseil d'Administration de Caisse Primaire de Sécurité Sociale est de 18 salariés, 6 employeurs, 2 représentants du personnel, 2 médecins, 2 personnes connues pour leurs travaux et 1 représentant des Associations Familiales. Soit 31 personnes dont 20 salariés.

Il est bon de rappeler que les Caisses de Sécurité Sociale sont des institutions de droit privé chargées de la gestion d'un service public. Ce sont donc des organismes autonomes placés sous tutelle administrative.

Le rôle de la représentation syndicale est très important. Essentiellement deux syndicats de salariés existent au lendemain de la guerre : la CGT unie et la CFTC, aux côtés de la représentation patronale et de la mutualité.

Les Organismes Départementaux qui optent pour la décentralisation de leurs services de prestations (création de sections locales qui deviendront plus tard des Centres de Paiements) doivent organiser des élections pour des Conseils d'Administration de sections locales composés de 9 membres. Ces sections locales deviendront plus tard des « centres de paiement ».

Les Administrateurs ne pouvant, par ailleurs, exercer une activité rémunérée au sein des organismes, il ne peut y avoir de Président-Directeur-Général, les deux fonctions (Président et Directeur) sont donc séparées.

L'administrateur est élu pour appliquer la loi, et non pour la faire !

Les administrateurs d'organismes sociaux constituent une « école » et une « réserve » de cadres syndicaux et réciproquement. De charitable, leur activité devient politique, dans un domaine spécialisé, en liaison avec les activités syndicales ouvrières et patronales (Cf. « L'administration des organismes sociaux » de Marie-Laurence Netter – 1953). La situation reste inchangée jusqu'en 1967.

LA RÉFORME DE 1967

L'Ordonnance du 21.08.1967 réforme profondément l'organisation de 1945. La loi de ratification des Ordonnances de 1967, le 31.08.1968, crée une séparation des risques et trois Caisses Nationales plus une Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale voient le jour. Les régimes particuliers subsistent, dont celui des Travailleurs Non Salariés (TNS) le 01.01.78 (loi du 04 juillet 1975).

Les Conseils d'Administration deviennent paritaires et leurs membres sont désignés et non plus élus.

Au niveau des conseils, il faut attendre 1982 pour voir des modifications importantes, toujours issues des Ordonnances de 67 (lois des 17.12.82,- 9.7.84,-25.7.85,- 10.7.89,- et 28.11.90) .

- suppression de la parité,
- rétablissement du principe de l'élection pour les représentants des assurés sociaux.

La présidence de la CNAMTS passe de Force Ouvrière(FO) à la Confédération Française Démocratique du Travail (CFDT). Les employeurs quittent temporairement le CA des Caisses Nationales pour y revenir quelques années plus tard.

Prévu pour 6 ans, le mandat des Administrateurs est prorogé jusqu'au 31 mars 1991 (Loi du 10.7.89). A titre transitoire, les Conseils d'Administration sont désignés pour 3 ans à la date d'expiration du mandat, fixée au 31.03.1991.

LES DERNIÈRES GRANDES MODIFICATIONS

La loi du 25 juillet 1994 et l'Ordonnance du 24 avril 1996 ont ensuite été modifiées, en ce qui concerne l'assurance maladie par la loi du 18 août 2004 (voir annexe). Ce texte confie désormais au Directeur de la CNAMTS la nomination des Directeurs des Caisses de base.

L'Assurance Maladie dispose désormais de :

- 101 CPAM en France métropolitaine,
- 1 Caisse Commune de Sécurité Sociale en Lozère : CPAM, CAF et URSSAF (Arrêté du 26.09.2014),
- 4 CGSS dans les départements d'Outre-Mer.

Dans chaque CPAM (loi du 21.7.2009), le Conseil comprend 23 membres dont 4 représentants d'institutions et 1 personne qualifiée.

LES ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Sur proposition du Directeur, le conseil d'administration détermine

- les orientations du Contrat Pluriannuel de Gestion,
- les axes de la politique de gestion des risques,
- les objectifs poursuivis pour améliorer la qualité des services rendus à l'utilisateur.

Il approuve, sur proposition du Directeur, les budgets de gestion et d'intervention. Ces propositions sont réputées approuvées, sauf opposition du Conseil à la majorité qualifiée. Il existe trois sortes de majorités pour un vote : Absolue, qui requiert la moitié des voix plus une, Relative, au plus grand nombre de voix obtenues, et Qualifiée qui exige un pourcentage de voix préétabli (souvent les deux tiers; on parle aussi de « majorité renforcée »).

Le Conseil délibère également sur :

- la politique d'Action Sanitaire et Sociale (ASS), dans le cadre des orientations de la CNAMTS,
- les modalités de traitement des réclamations des usagers,
- le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Gestion.

LES ATTRIBUTIONS DU DIRECTEUR

- dirige la CPAM, est responsable du bon fonctionnement, met en œuvre les orientations décidées par le Conseil.
- il négocie et signe le Contrat Pluriannuel de Gestion qui est également signé par le Directeur Général de la CNAMTS.

Il est chargé notamment :

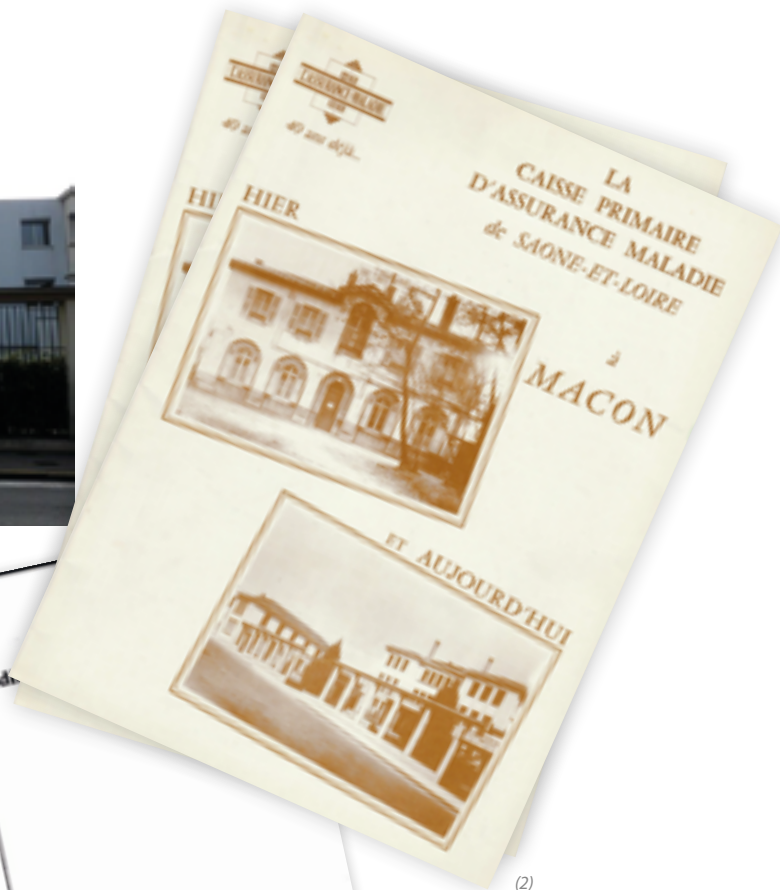
- de préparer les travaux du Conseil,
- de prendre toutes décisions sur le fonctionnement de la caisse, la gestion administrative, financière et immobilière,
- de mettre en œuvre en liaison avec le Contrôle médical et l'Agence Régionale de Santé (ARS) les mesures nécessaires à la réalisation des objectifs du contrat négocié avec le Directeur de l'ARS,
- d'établir et d'exécuter les budgets de gestion et d'intervention, de conclure au nom de la caisse toute convention et d'en contrôler la bonne application.
- il nomme les agents de direction autres que l'agent-comptable (liste d'aptitude),
- il rend compte périodiquement au Conseil de la mise en œuvre des orientations définies par ce dernier, ainsi que de la gestion de l'organisme.
- il prend les décisions qu'impliquent les mesures arrêtées par la CNAMTS pour l'organisation et le pilotage du réseau des Caisses du Régime Général.
- Il remet un rapport d'activité au conseil avant la fin du premier semestre,

Par ailleurs, un conciliateur est nommé pour recevoir les réclamations des usagers.

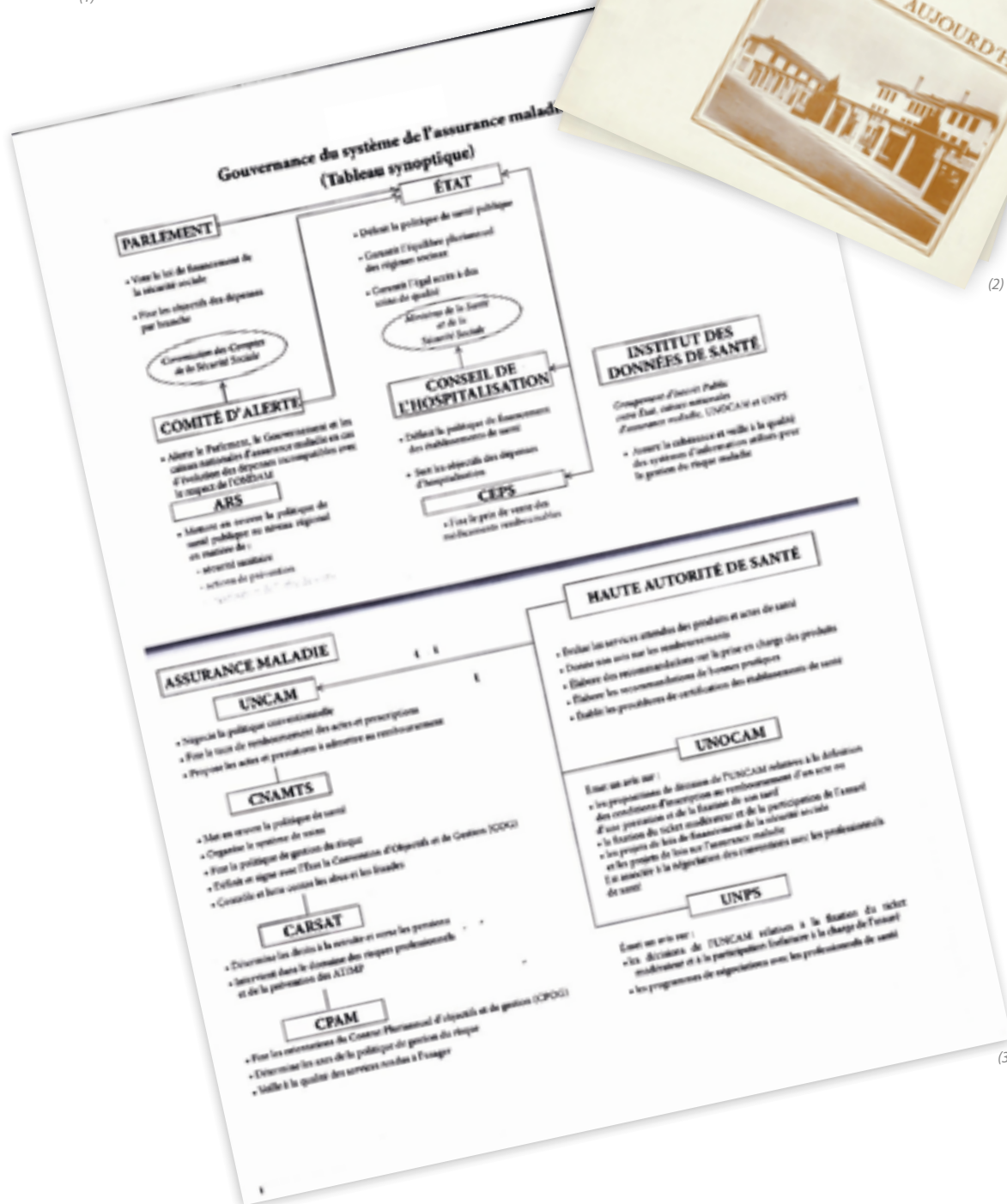
Hervé AUCLAIR



(1)



(2)



(3)

(1) Siège de la CPAM de Saône et Loire, Mâcon - (2) Couverture fascicule 1985 de la CPAM 71 pour les 40 ans de la Sécurité sociale - (3) Gouvernance système A.M-bis

LES DIRECTEURS ET LES PRÉSIDENTS DEPUIS 1947 À LA CPAM DE SAÔNE ET LOIRE - MACON

DIRECTEURS

<i>Monsieur Jean NICOLEAU</i>	18 avril 1946
<i>Monsieur Louis ANGLARD</i>	16 décembre 1951
<i>Monsieur Lucien SAUVAGE</i>	24 novembre 1976
<i>Monsieur Georges VEROT</i>	1 juillet 1990
<i>Monsieur Daniel CARRE</i>	1 juillet 1994
<i>Monsieur Alain PIFFETEAU</i>	1 juillet 2007
<i>Madame Clarisse MITANNE-MULLER</i>	1 mars 2016

PRÉSIDENTS

<i>Monsieur REY Eugène (présidence provisoire)</i>	Mis en place par le DRASS (Monsieur SIMONPIERI°)
<i>Monsieur REY Gaston</i>	Désigné après élections du 13.5.47
<i>Monsieur REZEL P.</i>	Du 18.6.47 au 13.6.48
<i>Monsieur BEDUNEAU</i>	Du 14.6.48 au 30.6.51
<i>Monsieur LAGRANGE</i>	Du 1.7.51 au 31.12.62
<i>Monsieur BEDUNEAU</i>	De janvier 63
<i>Monsieur CATTEAU</i>	De 1967 à 1980
<i>Monsieur CAROLINE</i>	De 1980 à 1984
<i>Monsieur CATTEAU</i>	De 1984 à 1991
<i>Monsieur CHATARD</i>	Du 16.4.91 au 17.10.96
<i>Monsieur BONDOUX</i>	Du 18.10.96 au 3.12.2001
<i>Monsieur RIBOT</i>	Du 4.12.2001 au 12.01.2010
<i>Monsieur EMORINE</i>	Depuis le 13 janvier 2010

En 70 ans, la caisse de Saône et Loire a connu 13 Présidents (dont deux ont fait deux mandats). Dans le même temps, il y a eu 7 Directeurs successifs.

**TABLEAU SYNOPTIQUE DES « GOUVERNANTS » DE LA CPAM 71F
DE 1946 A NOS JOURS**

DATES	PRESIDENT	VICE PRESIDENT	DIRECTEUR	DIRECTEUR ADJOINT	AGENT COMPTABLE	SECRETAIRE GENERAL
1946	M. REY Eugène		M. NICOLEAU	M. BOUCHARD	M. PERROT-SI-MEON	
1950	M. REY Gaston M. REZEL M. BEDUNEAU		1951 M. ANGLARD	1953 M. HORELLE		
1955 (57)	M. LAGRANGE	M. BEDUNEAU				M. GUICHARD
1960 (63)	M. BEDUNEAU	M. CATTEAU				
1965 (67)	M. CATTEAU	M. HERBINET				
1970				1972 M. SAUVAGE		1971 M. LAROCHE 1972 M. BOULEY
1975			1977 M. SAUVAGE	M. BOULEY	1976 M. DONNOT	M. BOUZERAND
1980	M. CAROLINE M. CATTEAU	M. CATTEAU M. CHATARD		1982 M. VEROT	1979 M. MONNERET (interimaire)	
1985						1988 M. PONTIUS
1990 (91)	M. CHATARD		M. VEROT 1994 M. CARRE			
1995 (96)	M. BONDOUX				1996 Décès de M. MONNERET M. ARREDI nommé	
2000 (01)	M. RIBOT		M. CARRE 2006 M. CARRE	M. LARDY M. LARDY	M. ARREDI	M. PONTIUS Mme BRUS- CHET
2005			2007 M. PIFFETEAU 2008 M. PIFFETEAU	M. LARDY Jusqu'au 2.5.08 Mme BRUSCHET (du 14.6 au 15.9) M. MALINAS (du 1.12.08)	2006 M. LAUBRESAC	M. MALINAS
2010	M. EMORINE					Mme DEJAR- NAC
2015				2014 M. MALINAS		
2016			Mme. MITANNE- MULLER	Mme MOREL	Mme DE ANGE- LIS	M. LETIERCE Melle PAILLARD

La gouvernance, mais quelle(s) gouvernance(s) ?

Lors de la construction du système de Sécurité sociale en 1945, la question du mode de gouvernance se posait avec acuité dans un pays où la centralisation est une tendance forte dans les domaines politique, administratif et financier, mais dont la tradition mutualiste est également très prégnante. Deux conceptions s'opposaient alors. D'une part, « une Sécurité sociale essentiellement conçue comme une somme de relations individuelles d'assurance (qui) s'accommode aisément de techniques et d'institutions de droit privé ». Mais, d'autre part, « dans la mesure où les politiques modernes assignent pour tâche à la Sécurité sociale la couverture de groupes sociaux de plus en plus larges et la redistribution d'une fraction du revenu national de plus en plus importante, l'idée de service public s'impose ».

Dans ce contexte, un compromis entre la tradition mutualiste et les tendances à l'étatisation fut retenu « dans un partage des attributions et une distinction entre le plan de la gestion et celui du contrôle ».

Dès lors, les organismes de base sont administrés par des conseils d'administration comprenant essentiellement des administrateurs élus. Mais comme les CA ne sont soumis à aucun pouvoir hiérarchique, un contre-poids fut mis en place avec l'aménagement d'une tutelle confiée à l'Administration. « Les contrôles exercés par les pouvoirs publics ne cessèrent de se diversifier, de se multiplier, de s'alourdir ».

« Parallèlement, on assiste à partir de 1960 à l'instauration de contrôles "de l'intérieur" ». Exemple : la modification des conditions de désignation des directeurs, l'attribution de pouvoirs propres importants, restreignant ainsi la souveraineté des CA.

Ce système se référait à une idée de démocratie sociale à laquelle on avait voulu faire largement confiance en 1945. Mais ce principe suppose des pouvoirs et des responsabilités étendus confiés aux élus des CA. « Or ceux-ci furent de plus en plus dépouillés, ce qui ne pouvait manquer d'entraîner une contradiction croissante entre l'apparence et la réalité ».

Dans les faits, les conseils d'administration ne disposaient pas de réels pouvoirs (d'un côté absence de pouvoir en matière de fixation des cotisations et des prestations, et de l'autre renforcement des contrôles), ni de responsabilités (pas d'autonomie financière de la caisse nationale de SS, établissement de droit public).

Souvent découragés, ces conseils d'administration finirent par estimer préférable « la formule paritaire des régimes complémentaires dont l'essor était puissant et sur lesquels la tutelle des pouvoirs publics est des plus lointaine ». On notera à cet égard que le système d'assurance chômage repose sur ce principe.

Les nombreuses difficultés rencontrées ont conduit à la réforme de 1967. La question était alors: ou les

responsabilités de l'Etat sont renforcées, et l'assurance maladie était étatisée; ou ce sont les responsabilités des gestionnaires du système de SS qui sont renforcées, en leur donnant la mission et les pouvoirs de maintenir l'équilibre de la branche maladie. C'est cette seconde direction qui a été retenue, avec la mise en place du paritarisme. Le but était de « permettre aux représentants des organisations syndicales et patronales d'abord de prendre conscience des problèmes posés par la définition d'une politique de santé (et) de négocier les augmentations de cotisations nécessaires ».

Les ordonnances du 21 août 1967 furent suivies d'autres textes majeurs portant réforme de l'institution Sécurité sociale (cf article d'Hervé Auclair – La gouvernance à la Sécurité sociale, évolution de 1947 à nos jours à la CPAM de Saône et Loire).

Près de 50 ans plus tard, la question des pouvoirs réels reste un enjeu majeur. Et, si les pouvoirs publics semblent parfois au gré des politiques hésiter entre centralisation et décentralisation, ou plus précisément déconcentration, le poids de l'Etat s'impose toujours au final.

Edouard ARREDI

LES MODES D'ORGANISATION DE L'ÉTAT

CENTRALISATION :

Type d'organisation étatique dans lequel l'autorité centrale détient la totalité des pouvoirs de décision en matière politique, administrative et financière, les autorités locales étant entièrement dépendantes.

DÉCENTRALISATION :

Système d'organisation des structures administratives de l'Etat dans lequel l'autorité publique est fractionnée et le pouvoir de décision remis à des organismes autonomes régionaux ou locaux.

DÉCONCENTRATION :

Action de donner davantage de pouvoirs de décision aux agents du pouvoir central répartis sur le territoire.

Source : Grand Larousse en 5 volumes – 1990

Chercheur à la Secu

A 17 ans, je suis embauché à la CRAM de DIJON. J'intègre une équipe d'une dizaine de « chercheurs ». Les CRAM disposent des déclarations annuelles des salaires (DAS) qui permettaient normalement de reconstituer les salaires ayant donné lieu à cotisations pour calculer la retraite.

Les CRAM disposent des DAS enregistrées à cette époque sur des cartes perforées. Ces informations permettaient en principe de reconstituer la base de calcul de la retraite. Mais très souvent sur les années les plus anciennes l'information était absente et il était nécessaire d'effectuer des recherches sur la DAS papier.

A Dijon, ces DAS étaient classées dans l'immense grenier de la CRAM où les conditions de travail étaient souvent pénibles sous les tuiles, il faisait très chaud l'été et très froid l'hiver.

Ce jour-là, il faisait très chaud, un de mes collègues m'arrache des mains mon travail et se met à courir autour des fichiers. Après une dizaine de minutes de cette course, j'arrive à récupérer mon dossier.

Arrive notre chef de service qui nous demande si c'est notre travail qui nous fait transpirer de cette manière !

C'est le directeur de la CRAM qui venait de lui téléphoner pour lui demander d'aller voir ce qui se passait dans le grenier car en fait, à chaque tour, nous passions au-dessus de son bureau, et sur son plafond il entendait notre course.

Après passage en conseil de discipline, nous avons été blâmés. En ce qui me concerne, je considère avec fierté avoir été blâmé pour avoir couru après le travail !

Cette expérience à la CRAM m'a beaucoup influencé dans ma longue carrière à l'URSSAF de Besançon. J'avais pris conscience des problèmes des nouveaux retraités qui avaient trop souvent du mal à obtenir rapidement leur pension si les informations concernant leurs dernières années de travail n'étaient pas à jour. C'est pourquoi à réception des DAS j'insistais beaucoup pour que la vérification de ce document soit effectuée rapidement afin d'être transmise dans les délais les plus brefs à la CRAM pour permettre à cet organisme de calculer la retraite des nouveaux bénéficiaires.

Denis VUILLEMIN

Ancien chef de service Cotisations URSSAF de BESANCON



(1)



(2)

(1) Silo de stockage des dossiers retraite à la Carsat BFC.
(2) Ancien siège de l'URSSAF de Besançon, 18 rue de la Préfecture.

Assemblée Générale 2016



L'Assemblée Générale du comité régional s'est tenue le 25 mai 2016 au siège de la CARSAT Bourgogne Franche-Comté, à DIJON, avec comme invitée d'honneur Madame Rolande RUELLAN, Présidente du Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale.

Étaient également invités Mme Marie-France LAROQUE, secrétaire générale du CHSS, M. Olivier OBRECHT, directeur général délégué de l'ARS Bourgogne Franche-Comté, Mme Elisabeth NALLET, présidente du comité régional Rhône-Alpes.

C'est en présence de plus de 30 personnes que se tint cette réunion. Le président ARREDI profita de la présence de Mrs. BARD et LEBELLE, respectivement Président et Directeur Général de la CARSAT, pour les remercier de permettre au comité régional d'histoire de tenir son assemblée générale au siège de leur organisme, ainsi que de l'assistance apportée au bon fonctionnement du comité.

Cette réunion fut l'occasion pour Mme RUELLAN, répondant aux mots de bienvenue du président, M. ARREDI, d'évoquer la 3^{ème} campagne d'archives orales organisée par le comité national. Jusqu'à présent, ce sont essentiellement des politiques qui ont été interviewés, dont d'anciens ministres, mais aussi des partenaires sociaux, des fonctionnaires, des magistrats qui ont consacré une part importante de leur carrière ou qui ont été à l'initiative d'une action marquante dans le domaine de la protection sociale. En 2016, des directeurs de caisses de la région parisienne apportent également leur témoignage.

Les informations échangées en ouverture de l'Assemblée Générale furent l'occasion pour M. CAPUANO, d'indiquer que la revue d'histoire de la protection sociale est désormais en ligne sur une plateforme qui s'appelle CAIRN (www.cairn.info/revue-d-histoire-de-la-protection-sociale.htm). Il suffit de rechercher avec l'item comité d'histoire pour accéder aux différentes publications. La totalité des numéros y sont accessibles depuis le N° de 2008.

Puis M. OBRECHT fit une intervention pour présenter l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bourgogne Franche-Comté, et ses missions (cf article dans ce même n° de Mémoire en marche). Cette intervention, très complète, fut unanimement appréciée. En témoignent les nombreux échanges avec les participants à la fin de l'exposé.

1 – LES RAPPORTS ANNUELS

L'Assemblée Générale annuelle du comité régionale fut d'abord l'occasion de présenter les rapports moral, d'activités, financier pour l'année 2015.

En introduction, M. ARREDI indiqua que les activités du comité régional s'exercent en harmonie avec les objectifs du Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale. A cet égard, il tint à souligner le soutien que le Comité national apportait régulièrement aux projets du comité Bourgogne Franche-Comté, et remercia Mmes RUELLAN et LAROQUE.

Les activités 2015 du comité régional traduisent deux volontés bien marquées. D'une part, « investir l'histoire » en poursuivant et en développant l'objectif phare du comité régional qui est la sauvegarde de la mémoire. D'autre part, pour ce qui concerne particulièrement 2015 qui était l'année anniversaire des 70 ans de la Sécurité sociale, participer aux débats sur l'avenir de la protection sociale.

M. ARREDI poursuit en citant alors les deux événements majeurs de 2015 pour le comité régional, d'une part les Tables-rondes organisées à Sciences Po, Campus de Dijon, et d'autre part la mise en ligne du nouveau site web du comité régional.

Concernant les tables-rondes qui se sont déroulées le 14 octobre 2015 à Sciences Po Dijon, deux thèmes d'échanges étaient proposés : - La Sécurité sociale à 70 ans: une institution en constante évolution depuis 1945 - La Sécurité sociale face aux nouveaux défis.

Concernant ces tables-rondes, le lecteur pourra se reporter au n° 21 de Mémoire en marche.

Le débat qui suivit le rapport annuel d'activités fut l'occasion de regretter le désengagement préoccupant de certains organismes vis-à-vis du comité d'histoire de l'institution. A cet égard Mme RUELLAN rappela l'initiative qu'elle avait eue avec M.DEROUSSEN, Président de l'Association pour l'Etude de l'Histoire de la Sécurité Sociale (AEHSS), il y a deux ans. Une action de communication avait en effet été réalisée en direction des caisses nationales du régime général afin que soient sensibilisés les organismes sur l'importance de continuer à travailler sur l'histoire de la protection sociale, et donc de participer activement, et également financièrement, aux comités régionaux.

S'agissant du rapport financier, M. BALANCHE, trésorier, présenta l'arrêté des comptes 2015.

Après avoir approuvé les rapports moral, d'activités, financier, l'Assemblée Générale décida de maintenir au titre de l'année 2016 le montant des cotisations qui avait été arrêté pour 2015.

2 – RENOUELEMENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Puis l'Assemblée Générale procéda, conformément aux statuts, au renouvellement du CA du comité régional. Au terme de la procédure mise en place au préalable, avec le concours des services de la CARSAT, la liste des personnes désignées par les organismes de la région et les membres individuels déclarés fut approuvée par l'AG. En outre, plusieurs Directions des Archives Départementales participent aux réunions des instances du comité : AG et CA.

3 – ELECTION DES DIFFÉRENTS RESPONSABLES DU COMITÉ RÉGIONAL

Ensuite, l'assemblée présente passa en mode Conseil d'Administration qui est l'instance compétente pour l'élection du président, des autres membres statutaires et arrêter la composition du bureau.

Au terme du processus de désignation, la composition du bureau a été approuvée par le Conseil d'Administration :

Président : **E. ARREDI**

Vice-présidents : **F. CASSARD, C. CAPUANO**

Secrétaire général : **B. THOMAS** ; adjoint : **H. AUCLAIR**

Trésorier : **B. BALANCHE** ; adjoint : **D. WEBER**

Membres du bureau : **M. MOLLOT-DEREL, G. ESCANO**

Le Conseil d'Administration désigna en outre **Mrs DAZY** et **FAVERO** aux postes de commissaires aux comptes.

Edouard ARREDI

Président



www.memoiredutravailalasecuritesociale.org

MÉMOIRE en MARCHÉ

Bulletin du comité d'histoire de la Sécurité sociale de Bourgogne Franche-Comté

Directeur de publication : Édouard Arredi - **Réalisation :** Akyos Communication

Impression : CARSAT Bourgogne Franche-Comté **Dépôt légal :** Décembre 2016

Contact : comité d'histoire de la Sécurité sociale de Bourgogne Franche-Comté - 21044 DIJON CEDEX